

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 19

LE

CANCER DU COL

RESTANT APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 décembre 1931

PAR

Lucien-Pierre MÉVEL

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à HUELGOAT (Finistère), le 13 septembre 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur.....	Président.
ROCHER, professeur.....	Juges.
JEANNENEY, agrégé.....	
FABRE, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548423_0086

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1931-1932. — N° 19

LE

CANCER DU COL

RESTANT APRÈS HYSTÉRECTOMIE SUBTOTALE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 9 décembre 1931

PAR

Lucien-Pierre MÉVEL

ELÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à HUELGOAT (Finistère), le 13 septembre 1907.

Examineurs de la Thèse

{	MM. GUYOT, professeur.....	<i>Président.</i>
	ROCHER, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
	JEANNENEY, agrégé.....	
	FABRE, agrégé.....	



BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÈS, AUCHÉ.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants ..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie	VILLEMEN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. MICHELEAU (Médecine générale), MURATET (Anatomie pathologique), GOLSE (Pharmacie).
IACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	CREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	FAUGÈRE.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....	CABANNES.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidenté du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

A MON PERE — A MA MERE

Vous vous êtes imposé pour moi les sacrifices les plus lourds; que ce modeste travail vous apporte quelque joie au moment où se trouve atteint votre but le plus cher.

A MA SOEUR

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL DARGEIN

*Directeur de l'École principale du Service de santé de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF MIRGUET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé
de la Marine et des Colonies,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. JEANNENEY

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chirurgien adjoint du Centre régional contre le Cancer,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Croix de guerre.*

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse
pour laquelle il n'a cessé de nous prodiguer ses précieux conseils.

Qu'il soit assuré de notre respectueuse
gratitude.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,*

*Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Président de la Société anatomo-clinique de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

*Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

LE CANCER DU COL

RESTANT APRÈS HYSTERECTOMIE SUBTOTALE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Il est intéressant de noter que jusqu'à 1900, dans les discussions qui ont eu lieu en France entre les partisans de l'hystérectomie totale et de l'hystérectomie subtotale, il n'est point fait état de la dégénérescence cancéreuse du moignon.

Il faut cependant faire mention des remarques apportées par Péan dans la discussion du traitement des tumeurs multiples de l'utérus et de ses annexes au Congrès de chirurgie de Paris en 1897 : « Quand la portion du col enlevée était assez longue, je la fixais par excès de prudence à l'angle inférieur de la plaie. Néanmoins, je préfère ne pas conserver le col, parce que je l'ai vu plusieurs fois devenir sarcomateux ou épithélial les années suivantes. »

Deux ans après, au XIII^e Congrès de chirurgie, Bouilly déclare : Cette opération ne paraît pas mériter les reproches qui lui ont été adressés théoriquement et qui visent surtout l'abandon d'une petite portion du col accusée de porter l'infection dans l'abdomen ou de présenter plus tard une

dégénérescence épithéliomateuse. La dégénérescence épithéliale tardive a été assez rarement observée pour qu'il n'y ait pas lieu de s'en préoccuper. Sur 100 cas environ d'hystérectomies supravaginales opérées depuis 1887 par diverses méthodes, je ne l'ai jamais constatée. »

Au Congrès de chirurgie de Nantes, en 1901, M. Verdet ajoute : « On voit des infections secondaires se produire et on peut même observer des altérations néoplasiques consécutives sur le moignon utérin. »

Mais c'est à Condamin que revient l'honneur d'avoir attiré l'attention sur le danger de la cancérisation du moignon après hystérectomie supravaginale.

Après les communications de Richelot à la Société de chirurgie de Paris, en 1903, 1904, 1905, les débats restent définitivement ouverts; les discussions qu'elles entraînèrent furent toujours très vives et témoignent de l'intérêt porté par les chirurgiens à la solution du problème.

Les théories de Richelot furent soutenues par Treub, par Reverdin, pour qui la dégénérescence cancéreuse du moignon n'était point « un péril imaginaire ». Elles furent réfutées plus âprement encore par Segong, Ricard, par Schwartz, qui n'en a observé aucun cas. M. le Professeur J.-L. Faure ne nie plus la cancérisation secondaire du col restant, mais continue à défendre l'hystérectomie subtotale. « La totale est un mort qu'il faut que l'on tue », ajoute-t-il.

En 1907, Lesobre, dans sa thèse, résume les notions acquises.

Citons encore une intervention de Chaput qui apporte dans la discussion une statistique alarmante, 7 cas de cancers du moignon sur 123 hystérectomies subtotaux.

Depuis cette époque, la question semblait définitivement jugée, lorsque de récentes statistiques, apportées surtout par les centres anticancéreux, ont montré la fréquence relativement grande de la dégénérescence épithéliomateuse du col.

On note à Lyon les communications de Tixier, de Gignoux et Pollosson.

En 1926, l'importante communication de MM. Jeanneney et G. Chavannaz donne lieu à une longue discussion, à la suite de laquelle 28 cas nouveaux ont pris jour.

Puis se succèdent des communications de Monod, de Cadenat, de Ferry, de Pinsan, de Ferrari. M^{me} S. Laborde et A. Roques publient les statistiques du Centre anticancéreux de Willejuif.

A l'étranger, les publications se multiplient : publications américaines, de Franck et Currier; anglaises, de Bland Sutton, Grey Turner; allemandes et autrichiennes, plus nombreuses, avec Lumpe, von Hacken, von Erlach, Hansen, Sanders.

CHAPITRE II

FREQUENCE DE LA DEGENERESCENCE CANCEREUSE DU MOIGNON

Quelle est la fréquence de ces cas de dégénérescence épithéliomateuse du moignon? En réalité, il est difficile de juger, et la réponse que l'on peut formuler repose plus sur une impression que sur des faits. Alors qu'on n'en connaissait encore qu'un très petit nombre de cas, Richelot et Chaput n'insistaient-ils pas sur la fréquence de cette cancérisation secondaire? D'autres auteurs, depuis, ne l'ont-ils pas niée malgré le nombre de cas accumulés?

Pour pouvoir solutionner le problème, il faudrait pouvoir établir, comme l'ont demandé MM. Jeanneney et G. Chavannaz :

- 1° Le nombre absolu des cancers du col restant connu;
- 2° La proportion des cancers du col restant par rapport à toutes les hystérectomies suivies.

Monod, dans un article du *Bruxelles médical*, a tenté de totaliser les observations publiées. « En additionnant ces diverses statistiques, on obtient un total de 138 cancers du moignon qui ont été traités par le radium dans six services de la région parisienne de 1920 à 1930, sans tenir compte des cas incurables, plus nombreux sans doute, mais qui n'ont pas été relevés.

» A côté de ces 138 observations provenant des centres anti-cancéreux, nous avons trouvé 34 observations récentes éparses dans la littérature (10 recueillies dans le service du Professeur J.-L. Faure par Tesauro, 12 cités par le regretté Professeur Lecène, 2 de Gignoux et Pollosson, 2 de Ducoing,

2 de Polack, 3 de Haller, 3 de Ferrari), qui, ajoutées aux cas signalés au cours des récentes discussions de la Société de gynécologie et de la Société de chirurgie de Paris, représentent 79 cas nouveaux. Nous voilà donc en présence de 217 cas de cancers du moignon, qui, n'entrant pas dans la statistique de MM. Jeanneney et Chavannaz, porteraient la totalité des cas connus à 300 observations, pour nous borner aux seules publications françaises, car il convient d'ajouter que des statistiques importantes ont également été publiées dans d'autres pays : en Amérique par Franck, en Allemagne par Flershmann et Sanders, qui fournissent des chiffres approchants. »

Ce chiffre doit encore être très inférieur à la réalité, car les recherches de Monod ont été limitées à la région parisienne et à la littérature médicale, et il est probable que des recherches poursuivies dans les autres régions, et en particulier dans les centres anticancéreux, apporteraient encore un nombre imposant de cas nouveaux.

Mais déjà, ce chiffre de 300 observations n'est-il pas suffisant pour nous faire prendre en considération les risques de la cancérisation du moignon ?

Pour se faire une idée plus exacte de la fréquence de cette dégénérescence, on a cherché à établir des facteurs comparatifs.

Mme Laborde et A. Roques ont rapporté les cas de cancers du col restant au nombre de cancers du col ordinaires traités dans leur service. Les recherches faites par ces deux auteurs au Centre anticancéreux de Villejuif ont permis un relevé de 11 cas sur 379 observations, soit un pourcentage de 2,79 p. 100.

Gagey apporte un chiffre à peu près identique : 3,5 p. 100, correspondant à 25 cas de cancers du col développés après hystérectomie sur 729 observations de cancers utérins.

J.-L. Faure a contesté toute valeur à cette comparaison. « Les chiffres que viennent de nous donner MM. Gagey, Béchère et Mme Laborde ne signifient absolument rien, ou plutôt ils signifient que sur 100 cancers du col 3 se développent après hystérectomie. »

Plus intéressant est le fait de rapporter la fréquence de cette dégénérescence cancéreuse du moignon au nombre d'hystérectomies subtotaux pratiquées. Ici les statistiques sont nombreuses. Sanders, qui personnellement n'en a observé aucun cas sur 120 interventions supravaginales, a cependant recueilli 102 cas dans la littérature. Pour 18 d'entre eux, le nombre d'hystérectomies était donné. Le pourcentage est évalué par l'auteur à 0,87 p. 100. Albrecht publie deux statistiques : l'une, portant sur 4.218 observations, donnant une moyenne de 0,4 p. 100; l'autre, sur 3.426 subtotaux, avec un pourcentage de 0,32 p. 100.

Citons encore les 10 cas de Tesauro correspondant à 1.864 hystérectomies.

Cependant, des chiffres plus élevés ont été apportés : par Chaput, 4 p. 100; par Mériel, 3,5 p. 100. Pour David Lincoln, cette dégénérescence apparaîtrait dans 6,5 p. 100 des cas.

Par contre, pour beaucoup de chirurgiens, cette cancérisation secondaire serait exceptionnelle. Dans sa longue pratique chirurgicale, M. le Professeur Guyot n'en a observé qu'un cas, que d'ailleurs nous rapportons. De même, Hartmann n'en a observé qu'un cas sur 491 hystérectomies.

Au XV^e Congrès des sciences médicales, M. le Professeur J.-L. Faure évaluait à 1 p. 100 la fréquence des cas de cancérisation du moignon.

Après avoir totalisé les cas observés à Bordeaux dans ces dernières années, nous nous sommes efforcé d'établir un pourcentage par rapport aux hystérectomies subtotaux pratiquées dans les hôpitaux. Nous regrettons de n'avoir pu obtenir qu'un chiffre trop approximatif du nombre des interventions et de ne pouvoir apporter ici un pourcentage précis. Néanmoins, nos recherches nous ont laissé l'impression d'une fréquence sensiblement plus grande qu'il n'est coutume de l'admettre; nous la situerons aux environs de 1,5 p. 100.

Que devons-nous en conclure? Que le cancer du moignon est un peu plus fréquent que le cancer du col ordinaire, mais que nous sommes loin d'une proportion alarmante, comme le déclarent certains auteurs.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(MM. les Professeurs GUYOT, PRINCETEAU, et Docteur WILLARD, in *Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux*, 20 janv. 1925.)

T... (Julie), âgée de 56 ans, entre dans le Service du Professeur Guyot à l'Hôpital du Tondu le 8 décembre 1924. Elle ne présente rien d'intéressant à signaler dans ses antécédents héréditaires ni collatéraux. Elle-même a eu un érysipèle à 28 ans et une phlébite à 32 ans. Mariée, trois grossesses normales. L'histoire de sa maladie remonte à 1913, où elle fut opérée par le Docteur Renon (de Niort) : « Pour nous, écrit celui-ci, annexité double et utérus fibromateux. Elle subit à la date du 28 février 1913 une hystérectomie subtotale, une appendicectomie. Elle reste guérie, ses règles et toutes pertes supprimées, jusqu'au début de l'année 1917. A cette époque, elle recommence à avoir des pertes de pus très fétides, peu abondantes, jaunes, verdâtres. Elle ne s'inquiète pas outre mesure, ne souffrant pas et se sentant toujours assez forte pour vaquer à son ménage, et reste en cet état jusqu'en février 1921, c'est-à-dire huit ans après son hystérectomie. Elle accuse alors quelques pertes de sang venant de temps en temps, peu abondantes, durant parfois deux à trois jours. Elle va consulter le Docteur Drouin, à la Rochelle. Celui-ci a constaté la présence d'un épithélioma du col restant à forme végétante et ayant, paraît-il, déjà envahi les culs-de-sac latéraux. Il jugea le cas nettement inopérable et fit une application de 100 milligrammes de bromure de radium pendant quarante-huit heures (tube intra-utérin, 1 tube vaginal au contact après curettage). Pas de

biopsie. Les résultats furent surprenants : six jours après, la malade quittait la clinique, guérie, et n'ayant plus présenté depuis aucune perte.

Cependant, dès novembre 1922 elle s'affaiblit, maigrit. Elle est opérée en décembre 1922 dans le Service du Professeur agrégé Papin pour des ganglions volumineux du creux axillaire gauche qui n'étaient pas d'ailleurs néoplasiques. Depuis cette période, elle continue à maigrir, perd l'appétit et ses forces. C'est par ces troubles de l'état général et parce qu'elle se met à souffrir du ventre qu'elle entre dans le Service du Professeur Guyot et qu'il nous est donné de l'examiner.

Examen. — Il s'agit d'une femme anémiée et fatiguée, d'une pâleur un peu jaunâtre. Elle se plaint beaucoup du ventre et n'accuse plus aucune perte vaginale.

Au toucher vaginal : Le vagin se rétrécit, progressivement, en entonnoir souple, laissant inaccessible au doigt sa partie toute supérieure. Il existe un petit nodule dans sa paroi postéro-latérale gauche; au fond, ce nodule est dur; il est indolore et mobile.

Au spéculum : L'aspect est normal. Aucun bourgeon. Aucune ulcération. Pas d'écoulement. L'hystéromètre enfonce dans le pertuis supérieur, s'arrête aussitôt. Le fond paraît souple. Il se fait alors un léger suintement sanglant.

A la palpation abdominale : On ne décèle rien, aucune masse, aucune induration profonde pouvant expliquer les douleurs que ressent la malade.

OBSERVATION II.

(JEANNENEY et G. CHAVANNAZ, in *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1926.)

M^{me} L..., 56 ans, se présente à la consultation de la clinique chirurgicale du Professeur Chavannaz en juillet 1925 pour des pertes rouges apparues depuis un mois. Cette femme avait subi en décembre 1918 une hystérectomie subtotale pour un fibrome du volume d'une tête d'adulte dont les premières manifestations cliniques remontaient à 1916 (ménorragies).

Le père de la malade est mort hémiplegique; la mère, à 51 ans, ascitique et ictérique; un frère, d'une affection gastrique indéterminée. La malade a eu trois grossesses normales avec accouchements à terme et levers au huitième jour, puis deux fausses couches de trois mois.

De 1918, date de l'hystérectomie, à juillet 1925 (soit six ans et demi), aucune perte. Au début de juillet, de petites pertes de sang survenues à l'occasion de la défécation amènent la malade à la consultation.

Le toucher décèle un moignon cervical à la hauteur normale, légèrement augmenté de volume, parfaitement mobile, mais saignant légèrement au contact et un peu induré. L'examen au spéculum confirme l'existence d'une lésion de la lèvre postérieure, et la biopsie vérifie le diagnostic clinique d'épithélioma du col (P. Nadal).

Le 10 septembre, sous éther à l'Ombredanne, laparotomie médiane sous-ombilicale. Pas d'adhérences. Le col, la partie adjacente du vagin et du paramètre sont enlevés largement en bloc suivant la technique classique. Section du vagin au thermocautère. Mèche vaginale. Péritonisation et fermeture de la paroi abdominale en trois plans sans drainage. Opération simple sans incidents ni suites. La malade quitte le Service le 9 octobre 1925 et est revue en décembre 1928 en parfait état local et général.

OBSERVATION III.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

L... (Delphine), 45 ans. Hystérectomie subtotale en 1919 pour annexite. Etat parfait jusqu'à août 1926.

A cette époque apparaissent des pertes de sang suspectes, irrégulières, intermittentes.

L'examen montre un bourgeonnement de toute la région correspondant au col utérin. Orifice en forme de cratère. Envahissement complet du cul-de-sac gauche, qui est effacé, dur, de consistance ligneuse.

Cul-de-sac droit à demi libre.

Cul-de-sac postérieur à demi envahi.

Le moignon de col est aussi envahi.

Induration avec blocage du paramètre gauche.

Tuméfaction irrégulière correspondant au col restant. Muqueuse rectale souple.

Opercule saignant, développé sur le moignon de col conique et découvrant une crypte anfractueuse très saignante.

Hystérométrie : 3 centimètres.

Epithélioma du col restant forme cratériforme après hystérectomie subtotala pratiquée il y a dix ans pour annexite probable.

La biopsie répond : « épithélioma baso-cellulaire vivace. Mitoses assez nombreuses. Stroma peu développé. »

Curiethérapie par voie vaginale suivie de radiothérapie.

La malade était vivante en 1928.

OBSERVATION IV.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

C... (Marie), 43 ans. Opérée pour métrite et salpingite en juillet 1925 à Limoges.

Entre au Centre anticancéreux en février 1927 pour pertes séro-sanguinolentes particulièrement abondantes à l'effort.

L'examen montre un petit vagin à paroi dure et inextensible. Col dévié à droite et en bas, induré, bourgeonnant, bloqué à droite.

Cul-de-sac latéral droit envahi par de multiples bourgeons. La totalité des culs-de-sac gauche et postérieur est dure, ligneuse, avec blocage complet.

Hémorragie abondante.

La tumeur plonge en arrière dans le rectum, volumineuse, en chou-fleur, irrégulière, et se prolonge très haut, à droite et à gauche, sous forme de cordes ligneuses. Induration totale des paramètres droit et gauche.

En résumé : Epithélioma bourgeonnant du col, développé en

1927 sur un col restant après hystérectomie subtotale pratiquée le 5 juillet 1925. Fibrome utérin avec kyste ovarien associé.

Biopsie : « Epithélioma baso-cellulaire. Stroma très vascularisé, gigantisme nucléaire des foyers épithéliomateux. Mitoses peu nombreuses. » (Sabrazès.)

Radiothérapie.

OBSERVATION V.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

C... (Jeanne), 59 ans. Ménopause à 48 ans. Subit à 57 ans une hystérectomie subtotale pour fibrome.

L'opération a été pratiquée par le Docteur Fournier (Saint-Sever) pour quelques pertes blanches et des douleurs, dues à une masse utérine volumineuse et a nettement soulagé la malade.

Mais, dès août 1925, deux ans après l'intervention, surviennent quelques pertes rouges dont l'abondance et la fréquence augmentent.

En septembre 1925, la malade, adressée au Centre du cancer, est examinée, et l'on note alors un gros col, volumineux, se continuant en haut par une masse dure, fixée, dépassant la symphyse de deux travers de doigt.

Au spéculum, le fond du vagin est occupé par un col tendu, par l'orifice duquel sort une masse polypoïde.

La biopsie, pratiquée par le Professeur Sabrazès, montre : « Les fragments soumis contiennent un adénome, à nombreuses digitations et à kyste du type « œuf de Naboth », mais il plonge dans une masse compacte qui se poursuit dans toute l'étendue du fragment, constituée par des cellules épithéliomateuses à noyaux sphériques, grossièrement nucléolés, de taille irrégulière, parsemés de mitoses, masse d'épithéliome pavimenteux tubulé et sans stroma. » (Sabrazès).

Le 20 octobre 1925, une laparotomie exploratrice est faite par le Professeur Chavannaz, mais devant l'étendue des lésions on est obligé de refermer.

Radiothérapie et curiethérapie palliatives.

La malade est perdue de vue.

OBSERVATION VI.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

B... (Marie), 46 ans, opérée en avril 1923 pour fibrome.

Présente en janvier 1926 des pertes blanches, puis rouges, de plus en plus abondantes.

A l'examen, épithélioma très envahissant du col ayant infiltré les culs-de-sac.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire avec des mitoses nombreuses et un stroma peu développé (Sabrazès).

La malade subit un traitement radiothérapique pur et est revue trois mois après, légèrement améliorée.

OBSERVATION VII.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé JEANNENEY.)

L... (Elisa), 43 ans, opérée en octobre 1925 pour cysto-épithéliome de l'ovaire (hystérectomie subtotale).

Entre au Centre du cancer le 2 mars 1926 pour un cancer du type baso-cellulaire.

Curiethérapie.

Guérison maintenue deux ans après.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur BÉGOUIN.)

B... (Jeanne), 65 ans, ménagère.

La malade est entrée dans le Service de M. le Professeur Bégouin le 15 octobre 1931 parce qu'elle souffre de douleurs violentes au niveau de la fosse iliaque droite et qu'elle perd du sang.

Histoire de la maladie. — L'apparition des douleurs remonte au mois d'avril 1931. A cette époque, elles ont pour siège le flanc droit, et sont d'une telle intensité que le médecin qui la soigne porte le diagnostic de coliques néphrétiques. Ces douleurs, conti-

nues au début, sont maintenant intermittentes et s'irradient dans tout le membre inférieur droit.

Les mouvements d'adduction de la cuisse sont douloureux ainsi que la percussion du grand trochanter. Les muscles de la jambe sont flasques et atrophiés.

Depuis trois mois, ces douleurs sont accompagnées d'écoulements sanguins, peu abondants. Le sang est rosé, couleur gelée de groseille. Ces pertes augmentent surtout après les injections, qui ne sont pourtant pas douloureuses.

La malade urine difficilement, les mictions sont douloureuses, on a souvent recours au sondage.

A l'inspection, rien à signaler.

A la palpation, on trouve des points douloureux au niveau de la fesse et du grand trochanter droit.

Au toucher vaginal, bourgeonnement envahissant le col restant et toute la paroi postérieure du vagin, saignant au contact du doigt.

Cette malade a été opérée il y a trois ans pour un très gros fibrome mou développé après la ménopause par hystérectomie subtotale, le col étant sain.

OBSERVATION IX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

B..., 47 ans.

Entre à l'hôpital parce qu'elle a des pertes sanglantes continues depuis quatre mois.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 61 ans, du cancer des fumeurs.

Mère morte à 41 ans, pas de précisions.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 7 ans, rougeole.

Règles à 17 ans, irrégulières, assez abondantes.

A 19 ans, appendicectomie.

Mariée à 26 ans : trois grossesses, un avortement (deux mois).
Un enfant mort de méningite.

Une fille a eu une pleurésie.

Le troisième enfant a eu des otites suppurées.

Mari mort il y a neuf ans de tuberculose pulmonaire.

La malade nous dit que, depuis 1925, elle avait des pertes sanglantes au moindre effort et au moment des rapports. Elle avait aussi des douleurs augmentées à la fatigue.

Vers le mois de février 1927 seulement elle est prise brusquement d'une hémorragie violente qui dure trois jours; à ce moment-là, la malade se décide à voir son médecin, qui diagnostique un kyste de l'utérus et une salpingite. On pratique l'ablation des ovaires et de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Il y a quatre mois, réapparition des pertes, d'abord rouges, puis roussâtres et fétides; en même temps, douleurs localisées dans la partie inférieure de l'abdomen et s'irradiant aux lombes. Malade souffre un peu pour uriner, très constipée.

Vagin conique dont le fond est occupé par une tumeur en continuité avec les parois vaginales. Au centre de cette tumeur existe un orifice déchiqueté dans lequel le doigt pénètre, il persiste une légère mobilité. Hémorragie abondante à l'examen, blocage paramètre droite, paramètre gauche moyennement induré.

S. P. — Le col est bourgeonnant dans sa totalité; orifice déchiqueté, irrégulier, saignant facilement.

Epithélioma baso-cellulaire, mitoses assez nombreuses, stroma formé de tissu conjonctif lâche avec quelques lymphocytes.

OBSERVATION X (Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

Mme F..., 48 ans.

Antécédents héréditaires. — Une sœur morte de méningite à 18 ans; quatre enfants, dont deux morts : une fille morte de méningite tuberculeuse, un fils de tuberculose pulmonaire; mari mort de pleurésie.

Antécédents personnels. — Anémie dans l'adolescence. Réglée à 18 ans : règles normales, quelques pertes.

Pertes devenues plus abondantes après le mariage, en 1925; la malade a constaté que ses pertes devenaient sanguinolentes; elle a été opérée par M. Chavannaz en 1926 (hystérectomie subtotale).

Au début de 1927, douleurs localisées à la hanche et au genou gauche. La malade reste couchée neuf mois. Puis, amélioration : la malade peut marcher avec une canne. Dans le courant de l'été dernier, nouvelles pertes jaunâtres. En novembre, les pertes sont devenues sanguinolentes. Sur les conseils du Docteur Soulé, la malade entre à nouveau au Service de M. le Professeur Chavannaz, qui l'envoie à la clinique au mois de février 1931.

Actuellement, pertes sanguinolentes abondantes. Aucune douleur.

S. P. — Epithélioma en chou-fleur, saignant très facilement.

Biopsie : « Epithélioma baso-cellulaire. Stroma lâche rempli de lymphocytes et cellules d'infiltrations diverses. Mitoses très nombreuses. » (Sabrazès.)

25 février 1931 : Pose de radium :

Un colpostat, 10 : 10 mcd.;

Un petit bouchon, 10 mg.;

Dose horaire, 225 mcd.;

Dose journalière, 418 mcd.

3 mars 1931 : Ablation du radium.

10 mars 1931 : Radiothérapie :

16 séances de soixante minutes;

4 champs : abdominaux, droit et gauche; sacrés, droit et gauche.

OBSERVATION XI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Réchou).

Mme D..., 55 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Réchou au mois d'avril 1931.

Dans les antécédents de cette malade, on note : le début des règles à 17 ans; une fausse couche, quatre grossesses, deux enfants vivants.

En 1922, la malade est opérée à l'Hôpital Pellegrin par M. Charbonnel, qui pratique une hystérectomie subtotale pour fibrome.

Après l'intervention, la malade est restée quatre ans en parfaite santé.

Depuis un an, la malade a des pertes roussâtres, peu abondantes, mais d'odeur fétide. Ces pertes, intermittentes au début, sont désormais continues.

En même temps, la malade a noté l'apparition de douleurs siègeant dans le bas-ventre, s'irradiant vers l'estomac, les lombes, les cuisses.

Cet état persiste jusqu'en avril 1931, date à laquelle, sur les conseils de M. le Professeur Guyot, elle entre au Centre anticancéreux.

Le 20 mai 1931 : Radium :

Un tube devant le col, 10 : 10;

Un colpostat, 10 : 10 : 10;

Dose horaire, 300 mcd./H.;

Dose journalière, 6,4 mcd.

Le radium est supporté sans incident. Dose totale, 44,1 mcd.

Le 27 mai 1931, ablation des tubes de radium.

La malade se plaint de violentes céphalées et nous dit que son maxillaire supérieur droit la fait également souffrir.

Il y a deux mois environ ce maxillaire avait notablement augmenté de volume, pour constituer une tumeur qui, à la peau, avait le volume d'une orange. Il s'agissait d'une lésion inflammatoire surajoutée, car, après radiographie et traitement par M. Cavalié, cette tumeur diminue.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de tumeur, mais tuméfaction de la région malaire droite. Le maxillaire supérieur, édenté, semble épaissi. Il s'agit sans doute d'une métastase osseuse et musculaire de son néoplasme utérin.

Une biopsie faite au niveau de la tuméfaction a donné le résultat suivant : « Présence de loges cellulaires isolées, parfois avec globes cornés. Image d'épithélioma spino-cellulaire. »

Juin 1931 : Début de la radiothérapie, 18 séances de soixante minutes.

Septembre 1931 : Etat local aussi favorable que possible.

OBSERVATION XII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

N... (Berthe), cultivatrice.

Pas de maladie de l'enfance, réglée à 11 ans, mariée à 17 ans, huit grossesses normales, deux fausses couches.

Mère morte à 30 ans (cataracte).

Père en bonne santé.

Une sœur morte à 13 ans.

Jusqu'en 1929, la malade était bien réglée; quelques pertes blanches. En juin grosse hémorragie pendant huit jours, puis, jusqu'en octobre, petites pertes rouges continuelles avec un peu de pus, légèrement fétide.

Aucune douleur.

En octobre 1929, hystérectomie subtotal; jusqu'en juin 1930, malade bien portante. Depuis ce moment, petites pertes rouges à l'occasion des rapports ou sans cause. Douleurs sourdes dans le bas-ventre et les reins. Gros col bourgeonnant, légèrement mobile; symphise aux culs-de-sac. T. V. saigne abondamment.

T. R. : Infiltration du paramètre gauche.

S. P. : Gros col bourgeonnant, orifice entr'ouvert, cathétérisable.

Pose de RaE. Une sonde intracervicale ; 10, un colpostat et un bouchon.

Laisse en place sept jours. Ablation le 26 septembre 1930.

Epithélioma du type adénoïde.

OBSERVATION XIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

R... (Rose), 62 ans, ménagère.

Père mort à 64 ans paralytique; mère morte à 86 ans; un frère vivant bien portant; une sœur également bien portante; un frère mort éthylique.

La malade a été réglée à 11 ans, et très régulièrement par la

suite. Mariée à 22 ans, elle n'a pas d'enfant. Quatre fausses couches. Ménopause à 48 ans.

La malade se porte bien jusqu'au mois de septembre 1926. A cette époque, la malade commence à perdre. Elle se présente à la consultation de M. le Professeur Chavannaz, qui conseille une intervention, qui fut pratiquée au mois de juillet 1927.

La malade reste en bonne santé jusqu'en octobre 1929. A cette date, réapparition des pertes, qui présentent cette fois un caractère sanguinolent. Quinze jours après, la malade entre au Centre anticancéreux.

A l'examen, on note un col bourgeonnant, de la grosseur d'une demi-noix, mobile, avec infiltration des culs-de-sac.

Le spéculum laisse voir une tumeur végétante saignant facilement.

L'examen histologique donne : « Tumeur du type épithélioma cylindrique, glanduliforme en certains points, en d'autres beaucoup plus atypique; cellules assez hautes, cylindriques, cubiques, procédant par rubans tourbillonnés. Certains éléments glandulaires montrent des cellules à noyaux très chromatiques qui sont à déterminer. » (Sabrazès.)

OBSERVATION XIV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

P... (Renée), 58 ans, présente depuis quinze jours des pertes sanguinolentes, accompagnées de douleurs à la miction et à la défécation.

Cette malade a déjà été opérée deux fois : une première fois, en 1914, on pratique l'ablation de l'ovaire droit; une deuxième fois, en 1923, hystérectomie subtotale.

Au toucher, on note une tumeur circulaire avec ulcération centrale, donnant tout de suite l'impression d'un col néoplasique.

Il n'existe plus de culs-de-sac vaginaux; la paroi vaginale est infiltrée.

Examen histologique : « Epithélioma baso-cellulaire, stroma fibreux. On ne voit pas de mitoses, mais la tumeur est très envahissante. » (Prof. Sabrazès.)

OBSERVATION XV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

C... (Léonie), 41 ans.

Opérée à Bordeaux en 1924 pour fibrome (hystérectomie subtotale).

La malade entre en 1927 au Centre anticancéreux parce que, depuis quatre ou cinq mois, elle souffre du ventre. Ces douleurs sont accompagnées de pertes rouges intermittentes. Dans l'intervalle, la malade a des pertes jaunes, épaisses, sentant très mauvais.

A l'examen, on note un col rouge, ulcéré, saignant facilement au toucher.

L'examen histologique conclut à un épithélioma.

OBSERVATION XVI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU.)

L. (Ch.), 58 ans, journalière, entré dans le Service du Professeur Réchou le 26 janvier 1931.

Quatre enfants bien portants, pas de fausses couches.

Opérée d'un fibrome à 42 ans par le Professeur Duvergey, qui fit une hystérectomie subtotale.

Réglée à 13 ans normalement jusqu'à son opération. Pas de constipation, pas d'arthritisme.

Depuis l'été 1930, pertes rouge roussâtre irritant les cuisses; hémorragie provoquée par défécation; en même temps, douleur survenue depuis l'apparition des pertes. Il y a huit jours s'est produite une hémorragie plus intense; bon appétit, bon état général.

Examen du 27 janvier 1931 : Pas d'œdème, pas de varices, pas d'hydarthrose. Intertrigo dans la région génitale.

Toucher : Col non douloureux, muqueuse vaginale saine sur une faible étendue; mais bientôt on trouve des bourgeons au vagin; masse bourgeonnante. Il est impossible de sentir les culs-de-sac; le doigt ramène du sang à odeur fétide.

En résumé : Volumineux épithélioma du col restant propagé au paramètre.

Biopsie : « Epithélioma spino-cellulaire. Mitoses peu nombreuses. Réaction lymphocytosique du stroma. » (Sabrazès.)

Le 4 février 1931, pose de radium :

Trois petits bouchons : 10 : 10;

Dose horaire, 225 mcd/H.;

Dose journalière, 4,8 mcd.

OBSERVATION XVII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SABRAZÈS.)

B... (Jeanne), 57 ans.

Opérée pour fibrome il y a cinq ans (hystérectomie subtotale). La malade a constamment des pertes sanglantes peu abondantes.

Au toucher, le col est augmenté de volume, induré. A sa surface, on note une ulcération bourgeonnante.

Biopsie : Deux fragments remis. Sur l'un, pas d'épithélioma; sur l'autre, épithélioma baso-cellulaire, mitoses peu nombreuses, lymphocytose considérable autour des foyers, beaucoup d'anomalies nucléaires.

OBSERVATION XVIII (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur SABRAZÈS.)

T... (Berthe), 45 ans.

Malade ayant été opérée d'hystérectomie subtotale en octobre 1929 par salpingo-ovarite.

Elle présente un col augmenté de volume, avec des bourgeons ulcérés et saignotants.

Biopsie : « Epithélioma cylindrique avec stroma moyennement abondant. Type d'inflammation subaiguë. De grands territoires de cellules épithéliales formant des stratifications adossées, ébauchant çà et là des tubes, mais très irréguliers. Beaucoup d'anomalies de taille et de forme des cellules. Anomalies nucléaires. Stroma à fibroblastes assez abondant. Très grande malignité. » (Prof. Sabrazès.)

OBSERVATION XIX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur DUVERGEY.)

F... (Jeanne), 64 ans, entre dans le Service de M. le Professeur Duvergey le 12 mars 1931 pour rétention aiguë d'urine.

Depuis le 9 mars, la malade ne peut uriner, malgré des envies très fréquentes et impérieuses. La vessie s'est très rapidement distendue, formant une masse remontant à l'ombilic et occasionnant des douleurs abdominales très vives. Un sondage pratiqué le 10 mars met fin aux phénomènes douloureux. Depuis, la malade n'urine que par sondage.

Dans ses antécédents, on relève une hystérectomie subtotalisée pratiquée en 1909 par le Docteur Villard pour fibrome utérin et, en 1926, une intervention du Docteur Lacouture pour éviscération.

Actuellement dôme vésical remontant à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Au toucher : On sent une masse végétante, mal délimitée, envahissant le vagin. Il est difficile de déterminer le col.

Les culs-de-sac antérieur et latéraux sont envahis; la paroi antérieure également.

OBSERVATION XX (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur RABÈRE.)

F... (Gabrielle), 48 ans.

Opérée il y a dix-neuf ans d'hystérectomie subtotalisée pour annexite.

Cette malade présente actuellement des hémorragies intermittentes et des pertes fétides.

Au toucher, la malade présente un moignon cervical augmenté de volume, induré. A sa surface, on note une ulcération saignant facilement.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire, très envahissant, à mitoses nombreuses; stroma souvent lâche, lymphocytaire et, çà et là, riche en plasmocytes; en d'autres points, stroma fibreux. Tumeur très maligne. » (Prof. Sabrazès.)

OBSERVATION XXI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Rabère.)

Mme R..., 39 ans, entre à l'Hôpital Saint-André le 2 avril 1931.

Il y a huit ans, la malade a été opérée par M. le Docteur Rabère (hystérectomie subtotale).

Il y a un an, apparition de pertes blanches, abondantes, tachant le linge. Depuis trois mois, la malade a des pertes sanguinolentes, dont la fréquence et l'abondance n'ont cessé d'augmenter. Ulcération sur le col. Au spéculum, érosion de la lèvre antérieure saignant facilement.

L'examen histologique, pratiqué le 11 avril 1931, a donné : « Epithélioma spino-cellulaire, à globes cornés. » (Prof. Sabrazès.)

OBSERVATION XXII.

(Roche, in Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux,
3 févr. 1925.)

Mme R..., 38 ans, opérée au début d'août 1914 pour lésions annexielles bilatérales.

Revue en 1917, la malade porte au niveau de l'orifice cervical une petite tumeur puriforme saignant très facilement, et qui augmente rapidement de volume. Absent de Bordeaux et ne pouvant m'occuper moi-même de la malade, je l'adresse au Professeur Bégouin, qui confirme histologiquement le diagnostic de tumeur maligne et pratique l'ablation du col restant.

L'évolution des lésions n'a pu être suivie, la malade s'étant suicidée peu de temps après à la suite de la perte d'un fils mort à la guerre.

OBSERVATION XXIII.

(Roche, in Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux,
1925.)

Mme R..., 34 ans, opérée le 20 août 1920 pour grosses lésions bacillaires des annexes.

En décembre 1920 et janvier 1921, petites pertes sanguines avec diminution des troubles de ménopause artificielle. Un examen pratiqué à ce moment-là ne montre rien de suspect du côté du petit bassin ni du col restant.

Vers le milieu de 1923, pertes séro-sanguinolentes avec altération de l'état général. La malade porte au niveau de son col une large ulcération qui présente tous les caractères de malignité. Une biopsie confirme le diagnostic de tumeur maligne.

Ablation par voie vaginale du col restant. L'opération est rendue difficile par l'envahissement du cul-de-sac antérieur. Douze jours après, application de radium dans la plaie opératoire. Actuellement, et après une période où la tumeur semblait vouloir continuer son évolution et où l'état général s'aggravait de plus en plus, la malade a repris son embonpoint normal; la cicatrice vaginale est nette et souple. Il persiste toutefois une assez large communication recto-vaginale tardivement survenue.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

Comme pour les tumeurs malignes des autres organes nous ne savons rien sur l'étiologie de la dégénérescence cancéreuse du moignon.

On a souvent songé à établir un rapprochement entre l'affection ayant conduit à pratiquer l'hystérectomie subtotale et le cancer du col restant. Or, de toutes les lésions ayant conditionné l'intervention première, le fibrome est de beaucoup le plus fréquent. Cette prédominance du cancer sur l'utérus fibromateux a été retrouvée dans 90 p. 100 des cas par Jeaneney, 8 fois sur 9 par Magnani, 3 fois sur 4 par Pinsan, dans les deux tiers des cas par Monod. Sur 111 observations que nous avons recueillies dans la littérature médicale, nous l'avons rencontrée 74 fois.

La fréquence insolite du fibrome dans le passé des malades pose naturellement la question des relations du fibromyome utérin et du cancer du col.

Cette relation, soutenue par Simpson, Schroeder, Ehrendorfer, Haultain, l'a été plus encore par Richelot dans un éloquent plaidoyer à la Société de chirurgie, le 28 octobre 1903.

« Les faits que j'étudie en ce moment n'ont pour moi rien d'étonnant, car l'utérus fibromateux n'est pas seulement un

terrain sur lequel peuvent pousser les tumeurs malignes, il est le terrain sur lequel elles poussent. »

Commentant ensuite l'évolution des lésions, il ajoute : « Reste à comprendre, après l'avoir constatée, cette relation tout d'abord mystérieuse entre l'affection parenchymateuse et la néoplasie épithéliale. Au demeurant, elle est fort simple. Tous les utérus dont il vient d'être question sont pourvus d'une muqueuse hypertrophiée dans toutes les parties. Sauf le cas d'infection surajoutée, l'épithélium de revêtement et celui des glandes sont intacts, normaux. Les glandes sont allongées, flexueuses, ramifiées, plus serrées et plus nombreuses, mais elles ne présentent pas d'altérations structurales, et ce caractère, joint à l'intégrité du stroma et à l'absence d'infiltration leucocytaire, montre qu'il s'agit encore là d'une hypertrophie pure et simple. Telle est la « métrite glandulaire hypertrophique des auteurs », celle qui a fait dire à plusieurs que la métrite prédispose au cancer, celle dont Pozzi a dit que « si elle résiste pendant plusieurs mois à une série de curettages, elle montre par cela même une tendance à se transformer en épithélioma »; celle, enfin, qu'on a toujours confondue avec la métrite infectieuse, comme si l'infection pouvait expliquer cette production nouvelle portant sur des éléments nobles et des organismes compliqués, comme si l'invasion microbienne, qui altère et détruit l'épithélium, qui laisse après elle des lésions atrophiques, pouvait en même temps donner la vie, créer des glandes et des fibres musculaires. Le malheur est que l'infection n'est pas rare et peut toujours intervenir pour troubler notre jugement, et c'est pourquoi les histologistes, en présence de certaines coupes, ont admis qu'elle pouvait souffler le chaud et le froid, détruire et espacer les glandes étouffées par les stroma, ou les faire plus serrées et plus nombreuses. C'est qu'ils ont vu sans doute des muqueuses hypertrophiées que les microbes avaient envahies, et qu'ils n'ont pas su faire la distinction entre les deux processus. Combien de fois n'a-t-elle pas donné le change non seulement aux chirurgiens, mais encore aux

maîtres du microscope, cette hypertrophie de la muqueuse utérine? Tantôt l'histologiste avait dit « cancer », et le mal n'est pas revenu; tantôt, il avait dit « métrite » et plus sûrement encore la récurrence a démenti son affirmation. Le fait est qu'il y a des cas douteux et sur lesquels ont hésité à se prononcer. Cette hypertrophie diffuse, que les Allemands ont appelée l'adénome bénin, reste inoffensive tant qu'elle est réellement glandulaire; mais si la lumière des glandes s'élargit, si l'épithélium se dispose en plusieurs couches, si les cellules deviennent métatypiques, c'est l'épithélioma qui commence; si la cytodierèse, au lieu d'être orientée vers la lumière du tube, se désoriente, si les cellules altérées s'accumulent et bourrent les cylindres, le cancer bat son plein. On a vu sur des coupes la transition de l'épithélioma glandulaire simple, « l'épithélioma, en passant par ce stade improprement désigné adénome malin et qui n'est autre que la première étape du cancer ».

« Il n'est donc pas niable que l'hyperplasie des glandes utérines marque une tendance vers la néoplasie épithéliale. Or, cette modification accompagne invariablement les fibromes utérins, sa description est liée à celle de l'utérus fibromateux. Voilà comment celui-ci est le terrain propre au développement du cancer, et comment la dégénérescence du moignon est une chose naturelle, un fait auquel le clinicien peut s'attendre. »

Cette théorie est à rapprocher des faits rapportés par de nombreux auteurs sur la coexistence fréquente des lésions néoplasiques et du fibrome. Lecène, Labey, Tixier, Lardinois, en ont rapporté des observations. Dans sa thèse de 1905, Picquant déclare que le cancer du col est 7 ou 8 fois plus fréquent chez les femmes atteintes de fibrome que chez les autres. Telle est aussi l'opinion émise par Franck, en 1921.

Des chiffres ont été apportés, et pour Gauss et Friedrich cette coexistence se rencontrerait dans la proportion de 2,4 p. 100, leurs observations ayant porté sur 4.174 cas recueillis dans la littérature. Noble et Cullen, joignant leurs

observations à celles d'Hofmeir et de Winter, publiaient en 1909 le tableau suivant :

Hofmeir	445 cas de fibromes	17 cancers
Winter	753 cas de fibromes	23 cancers
Noble	1.188 cas de fibromes	41 cancers
Cullen	1.400 cas de fibromes	43 cancers

124 cas de cancers sur 3.786 observations de fibromes, soit un pourcentage de 3,5 p. 100.

Munro Kerr cite encore un chiffre plus élevé : 5 fois sur 100, dans un relevé de 200 observations de fibromes enlevés.

Cette transformation du fibrome en adéno-carcinome serait surtout fréquente aux environs de la ménopause. Mais n'est-ce point l'âge du cancer en général?

Un fait important à signaler et qui plaide en faveur de la prédisposition du fibrome au cancer, c'est l'apparition plus précoce de ce dernier sur l'utérus fibromateux que sur le moignon restant après hystérectomie subtotale pour annexites.

Les études histologiques et anatomo-pathologiques n'ont pas confirmé ces hypothèses, l'origine glandulaire du cancer du moignon étant rare, comme nous le verrons plus loin. D'autre part, on conçoit mal comment une tumeur conjonctive bénigne peut être le point de départ d'un épithélioma malpighien en tous points différent. De relations directes, nous n'en voyons pas. Reste l'hypothèse d'une prédisposition indirecte par l'intermédiaire d'un état inflammatoire chronique, conditionné au niveau du col par le tissu fibromateux. Cette opinion est généralement admise aujourd'hui.

Parmi les autres affections ayant commandé l'hystérectomie subtotale, les lésions infectieuses des annexes, les kystes de l'ovaire, la césarienne, ne figurent que dans un quart des cas.

La moindre fréquence de ces lésions peut s'expliquer soit par le fait qu'il s'agit en général de malades plus jeunes, donc plus éloignées de l'âge du cancer, soit par la prédomi-

nance des lésions fibromateuses comme cause de l'hystérectomie subtotale. En tout cas, ici encore, il semble bien démontré que ces lésions n'interviennent que comme cause favorisante de l'état néoplasique.

Cependant, d'autres auteurs ont recherché non plus dans les affections ayant nécessité l'intervention, mais dans l'hystérectomie subtotale elle-même, les facteurs susceptibles d'entraîner la dégénérescence cancéreuse du moignon.

Il est intéressant de rappeler l'opinion de Chaput pour qui les modifications apportées à la vascularisation et à l'innervation de l'organe, ainsi que la suppression de ses fonctions normales, engendreraient des troubles nutritifs favorisant la prolifération désordonnée de l'épithélium.

Cette opinion est à rapprocher des faits bien établis par MM. Lumière sur le cancer des cicatrices, d'autant plus qu'à côté des cicatrices opératoires ces cols présentent des cicatrices pathologiques, — lésions obstétricales et métritiques. Cependant, pour MM. Villard et Montel, ces lésions cicatricielles agiraient plus en tant que facteurs de la production de certaines cervicités chroniques que par la prédisposition au cancer de toute cicatrice.

Pour ces deux auteurs, l'inflammation chronique est une condition favorisante pour le développement des tumeurs malignes, mais c'est surtout lorsque cette inflammation se complique d'une ulcération persistante que le danger augmente.

Si les altérations inflammatoires et néoplasiques coexistent souvent, on peut trouver, coexistant aussi, ces deux ordres d'altération des modifications cellulaires, qui, sans être franchement néoplasiques, font penser au cancer, et qui constituent le premier stade de la noéplasie.

Une véritable chaîne se constituerait, allant de la métrite chronique du type inflammatoire pur jusqu'à l'adénopapillome diffus du col, conduisant fréquemment à l'ulcération vraie et réalisant des conditions éminemment favorables à la cancérisation.

Liée à cette question de la maladie antérieure est celle de l'intervalle de temps entre l'intervention et l'apparition des cancers sur le moignon. En général, cette dégénérescence est d'autant moins fréquente que l'on s'éloigne de l'opération. Voici consignés, dans le tableau suivant, les résultats auxquels nous a conduit cette recherche dans les observations que nous publions.

Temps écoulé entre l'hystérectomie subtotale et la dégénérescence du moignon cervical.	Nombre de cas.	Désignation des observations.
Moins de 1 an	4	VII, IX, XII, XVIII, XXIII.
2 ans.	3	IV, V, XIII.
3 ans.....	4	VI, VIII, XV, XXII.
4 ans.....	1	X.
5 ans.....	1	XVII.
5 à 10 ans.....	6	I, II, III, XI, XIV, XXI.
Au-dessus de 10 ans...	3	XVI, XIX, XX.

Pour les cancers survenant après un intervalle de dix, quinze ou vingt ans, il serait difficile de voir autre chose qu'une coïncidence entre la lésion antérieure et la dégénérescence du moignon. La prédisposition naturelle au cancer du col utérin suffit à l'expliquer.

Par contre, pour les cas apparaissant au cours de la première année, il est admis aujourd'hui qu'il ne s'agit pas d'une maladie, mais de continuation par insuffisance d'exérèse ou erreur de diagnostic d'un état préexistant à l'intervention.

Ces cancers précoces sont nombreux. Dans un article publié en 1926, Monod en rapportait 28 cas sur 78 observations, soit un pourcentage de 33 p. 100. Franck arrive à un pourcentage à peu près identique 40 p. 100.

Ces faits révèlent combien est commune l'erreur qui consiste à méconnaître ces formes intracavitaires du cancer du col et le danger qu'il y a dans ces cas à pratiquer l'hystérectomie subtotale.

L'erreur tient encore à la facilité avec laquelle, en présence de métrorragies de causes indéterminées et survenant aux

environs de la quarantaine, on porte le diagnostic de fibromes. Soit encore, ajoute Monod, à la coexistence fréquente du cancer avec une autre lésion, le fibrome, principalement, qui rassure trop vite le chirurgien.

De plus, la biopsie pratiquée sur des proliférations bourgeonnantes, retirées par curettage, ne permet pas toujours de conclure entre une métrite proliférante et le cancer, bien souvent l'évolution des lésions viendra infirmer le diagnostic de l'histologiste.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — Etude microscopique.

La connaissance des formes histologiques de ces lésions est d'un gros intérêt, puisqu'elle nous permettra de juger la valeur de certaines modalités de technique apportées à l'hystérectomie subtotale.

Suivant qu'il se développe au niveau de la partie externe du museau de tanche ou aux dépens de la muqueuse endocervicale, le cancer du moignon revêt des aspects très différents. Dans le premier cas, il s'agit toujours d'épithélioma pavimenteux, dans le second d'épithélioma du type cylindrique ou glandulaire.

Lecène a insisté sur la fréquence des lésions du type épidermique; il rapporte en même temps le résultat de douze examens histologiques pratiqués par lui; dans tous les cas; il s'agissait de cancer malpighiens. Il en est de même dans les quatre observations rapportées par Pinsan dans le *Strasbourg médical* du 25 octobre 1929. Cette prédominance se retrouve encore dans les communications de S. Laborde. Sur douze cas rapportés par l'auteur, il n'en est que deux qui soient d'origine glandulaire.

Ces épithéliomas revêtent indifféremment les trois types épidermiques : baso-cellulaire, spino-cellulaire, intermédiaire. Notons cependant dans nos observations une fréquence plus grande des premiers.

L'examen microscopique a toujours révélé un grand nom-

bre d'anomalies cellulaires; les noyaux des cellules sont dans presque tous les cas le siège d'une karyokinèse très active. Ce fait traduit bien la malignité des lésions. Le stroma, souvent lâche, est lymphocytaire et par place riche en plasmocytes.

Le cancer né aux dépens de la muqueuse endo-cervicale ou des culs-de-sac glandulaires qui subsistent après l'évidement corroïde du col est un épithélioma cylindrique. Notons la rareté des cas observés. Tesauro en a rapporté deux cas observés dans le service de M. le Professeur J.-L. Faure. S. Laborde en rapporte deux cas également dans sa communication à la Société d'obstétrique en 1928. Mais l'apparition précoce des lésions, dans ces observations, laisse planer un doute sur l'état du corps utérin avant l'hystérectomie.

Sa rareté tend à montrer l'utilité de l'évidement du col comme temps complémentaire de l'hystérectomie subtotale. Il est probable que sans cette manœuvre on aurait à déplorer un nombre plus considérable de cancers de ce type.

II. — Etude anatomo-clinique.

L'épithélioma pavimenteux prend naissance généralement sur la lèvre postérieure du museau de tanche, au point de jonction des muqueuses vaginales et endocervicales.

Il peut se présenter sous deux formes, la forme végétante, ou papillaire, et la forme interstitielle.

Dans la forme papillaire, la muqueuse cervicale prolifère en végétations plus ou moins abondantes, souvent exubérantes, toujours friables, au niveau de la portion vaginale du col ou au bord de l'orifice externe du canal cervical. Ces proliférations ont la forme de saillies arrondies groupées en chou-fleur, mais qui ne tardent pas à s'ulcérer largement.

Dans la forme interstitielle ou nodulaire, le néoplasme ne s'extériorise pas d'emblée. Il infiltre d'abord le tissu sous-

muqueux, en donnant lieu à la formation de noyaux durs, qui soulèvent la muqueuse et ne s'ulcèrent que tardivement. Les ulcérations, à fond sanieux, purulentes, vont s'étendre en profondeur, et bientôt il ne restera du col qu'un moignon rétracté, au fond du vagin.

Lorsque l'épithélioma se développe aux dépens de la cavité du col, son évolution est celle d'un cancer cavitare. Il n'a aucune tendance à s'étendre à la surface du col, mais il creuse le tissu du col en cordant ses lèvres par leur face interne, et remonte ainsi le long du canal cervical.

Donc toutes les formes sont possibles; souvent, même, un cancer végétant en un point, est creusant et infiltrant par ailleurs.

Nous retrouvons donc exactement les différentes variétés qui se développent sur le col normal.

Cependant, n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un organe en régression, d'un fragment de tissu dont les conditions anatomiques et physiologiques sont spéciales, l'hystérectomie ne lui ayant laissé que les connexions vasculaires à peine suffisantes à une vie ralentie. Ce fait ne sera pas sans relations avec l'évolution de la néoplasie sur le col restant.

Comme Sourd l'a signalé, les épithéliomas malpighiens se comportent le plus souvent comme de véritables cancroïdes; ils restent, au début, une lésion essentiellement locale, ne s'étendent que lentement. L'évolution ne devient rapide qu'après l'atteinte des culs-de-sacs vaginaux.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

I. — Symptomatologie.

Le fait qu'il s'agit d'un cancer développé sur un moignon d'hystérectomie subtotale n'ajoute rien à la symptomatologie du cancer du col ordinaire.

Les symptômes du début sont peut-être un peu moins marqués, les malades conservant plus longtemps des apparences de santé. Aussi est-il rare d'observer les lésions initiales.

Parfois, cependant, les malades ont eu l'attention attirée par l'apparition de pertes rouges à la suite d'un effort de défécation, d'une fatigue, d'un coït, et sont venues au chirurgien. Ces cas sont rares; le plus souvent, la perte étant minime, les femmes en ont fait un accident fortuit et sans importance.

On ne peut s'empêcher d'être surpris de voir des malades averties de la suppression de leurs règles ne pas s'étonner de l'apparition de ces écoulements sanguins.

Cependant, ces pertes se répètent à des intervalles de plus en plus rapprochés, et le plus souvent sans cause apparente.

Dans l'intervalle de ces petites hémorragies, la femme a de la leucorrhée, qui offre ce caractère particulier d'empeser le linge, d'y laisser des taches auréolées d'un cercle brun : c'est là un signe précoce et de grande valeur.

Les douleurs n'apparaissent que rarement à cette période; quand elles existent, elles ont pour siège le bas-ventre. Le bassin est alors le siège d'élancements, de sensations de brûlure, d'engourdissement, avec des irradiations vers la racine

des cuisses et la région périnéale. Ces douleurs sont tenaces et ne cèdent que peu aux hypnotiques.

L'état général est peu touché; cependant l'inappétence, l'amaigrissement progressif, la constipation, traduisent déjà des phénomènes réflexes au niveau du tube digestif.

Lesobre y ajoute des troubles réflexes du côté du système nerveux; nous avouons n'en avoir pas constaté chez les malades qu'il nous a été permis d'examiner.

Bientôt les symptômes s'aggravent rapidement. Les hémorragies sont devenues plus fréquentes, plus abondantes aussi. Leur persistance n'est pas sans altérer l'état général; les malades deviennent pâles; la coloration des muqueuses traduit déjà un degré avancé d'anémie.

La leucorrhée a pris une teinte rosée ou roussâtre; son odeur, fade, fétide, est écœurante. Par son abondance, son âcreté, elle ne tarde pas à produire du prurit vulvaire et un érythème de la face interne des cuisses.

C'est en général à ce moment qu'apparaissent les douleurs. Elles augmentent progressivement, traduisant la compression des filets nerveux. Outre les irradiations précédentes, les malades souffrent de la région épigastrique, de la région lombaire.

Très rapidement, l'état général, fortement compromis, fait place à la cachexie cancéreuse. La peau devient rude, sèche; et prend une coloration jaune paille. Les névralgies sont intolérables. L'amaigrissement est considérable, le ventre est ballonné. Il y a une diminution notable de la quantité d'urine éliminée, parfois même de la rétention complète, comme le montre notre observation.

L'apparition des phénomènes urémiques émousse la sensibilité et l'intelligence des malades. Elles tombent bientôt dans un demi-coma, puis elles s'éteignent doucement.

Souvent, l'atteinte du péritoine hâtera encore l'issue fatale.

Aussi hémorragies, pertes roussâtres, douleurs, sont les troubles qui amèneront les malades à l'examen. Et cet examen a une valeur considérable, puisqu'il va permettre le diagnostic de la lésion, mais aussi son degré d'évolution.

Si le toucher vaginal est pratiqué au début, le doigt percevra un col augmenté de volume, mobile, non dévié et non douloureux. A sa surface, l'examen décèlera la présence, tantôt d'une induration suspecte, tantôt d'une ulcération plus ou moins profonde, ou encore d'un bourgeon fongueux. En somme, on notera des lésions bien limitées au col, sans extension aux culs-de-sac, ni aux tissus voisins.

Mais très rapidement les lésions évoluent, et à la période d'état, il sera difficile de percevoir le col, qu'il soit masqué par les végétations qui emplissent le vagin, ou encore qu'il ait presque disparu, rongé par l'ulcération. Le col, dévié et déjà fixé aux organes voisins, a perdu sa mobilité et fait partie intégrante d'une masse qui remonte plus ou moins haut dans le bassin.

Les culs-de-sac, indurés, épaissis, ont disparu. La paroi vaginale est devenue dure, inextensible. L'examen cystoscopique, pratiqué à ce moment, montrera une infiltration de la paroi vésicale. Les uretères, même, sont souvent pris. Cette atteinte précoce de la vessie est la conséquence de la chute en arrière de l'organe après l'ablation du corps utérin.

Par contre, le toucher rectal peut encore, à ce moment, donner l'impression d'une muqueuse souple et lisse, indemne de toute infiltration néoplasique.

L'examen au spéculum vérifiera les constatations faites au toucher. Le col apparaîtra œdématisé, rongé par une ulcération profonde, ou à demi caché sous des végétations sanguinolentes.

L'examen ne sera complet qu'après un prélèvement biopsique fait sous le contrôle de la vue et portant à la fois sur les lésions et sur le col lui-même.

II. — Diagnostic.

Etant donnée l'évolution rapide des lésions, le diagnostic doit être précoce, car seul un traitement pratiqué au début peut donner des garanties de succès durable. Il ne faut point

attendre les hémorragies abondantes, les pertes roussâtres, fétides, et surtout les douleurs pour diagnostiquer la dégénérescence cancéreuse du moignon.

L'apparition des pertes rouges isolées du début, la leucorrhée plus ou moins rosée qui les accompagne, devront nous inciter à pratiquer un examen minutieux.

La découverte d'une cicatrice opératoire sur la paroi abdominale et l'interrogatoire suffiront toujours pour reconnaître qu'il s'agit d'un moignon d'hystérectomie subtotale. La présence au niveau du col d'une induration suspecte, d'une ulcération ou de végétations devront entraîner un examen histologique. A un stade plus avancé, l'abondance des hémorragies, la disparition partielle du col ou les proliférations végétantes, l'envahissement des régions voisines, rendront le diagnostic plus facile.

Il semble que ce diagnostic ne puisse être discuté, et cependant il est d'autres lésions du col dont la symptomatologie, analogue à celle du cancer, peut prêter à une confusion.

Dans la forme ulcéreuse, exocervicale, il sera possible de confondre l'ulcération à fond bourgeonnant avec une érosion de métrite papillaire. Il faut cependant noter que l'ulcération néoplasique, plus irrégulière, plus profonde, repose sur une zone d'infiltration dure. Laroyenne indique un moyen de différencier ces lésions : c'est la possibilité d'entamer d'un coup d'ongle la plaque ulcérée du cancer, tandis qu'une ulcération de métrite n'offre point cette friabilité. En réalité, le diagnostic sera fait par l'examen histologique.

¹ Il sera plus difficile de différencier l'épithélioma d'origine glandulaire de la métrite proliférante endocervicale. Cette affection se présente, en effet, avec les mêmes signes que le cancer du col : pertes rouges abondantes, accompagnées d'écoulements roussâtres, fétides, douleurs irradiées de la même façon. Le col, augmenté de volume, reste mobile; il ne porte à sa surface aucune ulcération. Par l'orifice cervical entr'ouvert, il est parfois possible de percevoir une sorte de bourgeon charnu, saignant, qu'il est facile de ramener

d'un coup de curette. De plus, comme l'a noté Sourd, l'examen cystoscopique révèle des lésions de cystique analogues à celles que l'on rencontre dans le cancer du moignon.

Voici d'ailleurs l'observation d'une malade atteinte de métrite proliférante.

OBSERVATION XXIV.

(GUILLEMINET et POLLOSSON, in *Lyon chirurgical.*)

Il s'agissait d'une malade de 52 ans, sans aucun passé génital, qui avait subi dans le service, en décembre 1922, une hystérectomie subtotala pour des accidents hémorragiques survenus trois ans après la ménopause.

Sur la pièce qui ne fut pas examinée histologiquement, on nota la présence d'un fibrome interstitiel de la corne droite gros comme une mandarine et d'un deuxième fibrome sous-muqueux du fond, qui, selon l'observation écrite alors, « était en voie de dégénérescence ou plutôt de sphacèle, sans caractère néoplasique ».

Les suites furent longues, marquées par des accidents infectieux : phlébites, infarctus pulmonaires, foyer d'épiploïte suppurée dont l'incision fut suivie d'une fistulette du grêle tarie spontanément.

Rentrée chez elle en avril 1923, la malade revenait le 3 octobre 1924 perdant de nouveau en rouge, depuis janvier 1924.

Au toucher, col de subtotala non ulcéré, de volume normal, mobile, paramètre libre. Avant de se déterminer pour un traitement on entreprit une dilatation du moignon cervical sous anesthésie, et il s'échappa alors du col des bourgeons végétants *dont la nature cancéreuse ne parut pas laisser le moindre doute*. Les conditions anatomiques paraissaient très favorables à une extirpation chirurgicale, et l'on choisit la voie abdominale pour faire plus commodément une large exérèse et pour contrôler l'état du péritoine supravaginal qui pouvait être envahi par le bourgeonnement.

Le 7 octobre, sous anesthésie à l'éther, nous intervenons avec l'assistance de MM. Girardier et Condamin. Après désinfection soigneuse, le vagin avait été bourré de gaze pour exhausser le moignon cervical et faciliter le décollement vésical.

La première difficulté, la moindre d'ailleurs, fut la découverte des uretères rendue moins facile par l'absence des ligaments infundibulo-pelviens et par l'état cicatriciel du péritoine. La manœuvre parut s'exécuter cependant de façon satisfaisante des deux côtés. Mais le temps le plus délicat fut le commencement du clivage de la vessie. Malgré que le péritoine qui recouvrait le col apparût intact, on circoncrivit la base du col par une incision ovale assez large, et, s'aidant d'une sonde rigide introduite dans l'urètre et qui repérait le reflet vésical, on parvint à refouler la vessie en bas. Les pédicules utérins atrophiés furent liés. On put ainsi terminer avec l'impression d'une exérèse satisfaisante comme étendue. Les tissus du paramètre avaient paru non infiltrés, et l'on n'avait pas vu de ganglions hypogastriques. Deux incidents avaient marqué l'intervention : la déchirure du péritoine du fond cervical, sous une pince de Museux, suivie d'une issue de bourgeons néoplasiques dans le Douglas et une petite brèche faite au rectum adhérent au vagin. Cette brèche suturée fut placée sous une péritonisation haute. Le vagin fut drainé par une mèche, et la paroi complètement refermée.

Alors que la blessure du rectum ne donna lieu qu'à la fuite de quelques gaz dans les premiers temps qui suivirent l'intervention, celle-ci n'eut cependant pas des suites anodines. Au quatrième jour, en effet, apparaissait une fistule urinaire de suite abondante. Nous pensâmes tout d'abord que la vessie amincie à l'excès par les manœuvres chirurgicales avait dû s'esquarrifier en un point. En réalité, les examens ultérieurs montrèrent qu'il s'agissait d'accidents sur l'uretère droit, à 5 centimètres environ de l'abouchement. Assez vite apparaissent des manifestations d'infection ascendante rénale, des poussées thermiques, et, deux mois après cette intervention, après contrôle des jonctions du deuxième rein, le Docteur Molin intervenait avec notre assistance et pratiquait une néphrectomie droite. Le rein était volumineux, avec des lésions de pyélonéphrite (bassinets distendus) et aspect blanchâtre scléreux de la substance corticale.

A la fin de janvier 1925, la malade quittait le service; nous avons eu d'excellentes nouvelles de son état actuel.

Premier examen. — L'examen a porté sur un fragment de muqueuse utérine prélevé par biopsie dans la cavité du moignon. Cette biopsie a intéressé la muqueuse seule. Il est donc impossible de préciser les rapports de celle-ci avec la musculieuse.

On peut dire qu'il s'agit seulement d'une portion de l'épithélium glandulaires présentant des lésions inflammatoires subaiguës.

Deuxième examen. — L'examen a porté sur la pièce opératoire. Il a de ce fait été large et a compris toute l'épaisseur de l'utérus.

On constate que la musculieuse est absolument normale et ne présente que de légers signes d'inflammation et une vascularisation un peu exagérée.

La muqueuse épaissie et enflammée montre une augmentation de nombre et de volume des culs-de-sac et des tubes glandulaires. En profondeur, les cellules épithéliales restent très ordonnées et ne pénètrent absolument pas dans la musculieuse.

Il s'agit donc d'une simple prolifération de la muqueuse glandulaire. On pense à un état adénomateux analogue à celui que l'on observe dans certaines métrites chroniques.

Il ne s'agit, en tout cas, certainement pas d'un processus néoplasique malin.

On conçoit ici l'hésitation du chirurgien en présence de pareils cas. Or, le diagnostic est d'un gros intérêt puisqu'il va conditionner le mode de traitement.

S'il s'agit d'une métrite, nous n'aurons pas à faire courir à la malade les risques d'une intervention, un simple curetage suivi d'une application de radium entraînera la disparition de cet état précancéreux qui paraît si dangereux. Mais le diagnostic anatomo-pathologique est malaisé, surtout lorsque cet examen porte, comme dans la plupart des cas, sur des fragments retirés par simple curetage. Comme l'ont montré MM. Gignoux et Pollosson, celui-ci se borne à ramener uniquement des productions bourgeonnantes de la muqueuse sans permettre de préciser leurs rapports avec le muscle utérin. Or, c'est sur l'infiltration des plans profonds que pourrait se fonder un diagnostic histologique plus précis.

Il sera donc indispensable de pratiquer des biopsies larges intéressant à la fois la muqueuse et le muscle.

De plus, la rareté de l'épithélioma cylindrique, surtout après un intervalle de temps assez long, sera encore un argument en faveur de la métrite proliférante endo-cervicale.

Il est d'autres lésions dont le diagnostic pourrait être discuté. Nous ne citerons que pour mémoire les récidives de fibrome au niveau du col, dont il est rapporté un cas par Sorel dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, du 4 mai 1906 et dont la symptomatologie est également calquée sur celle du cancer. •

Nous rappellerons encore sans y insister les lésions tuberculeuses, blennorragiques et syphilitiques du moignon, dont l'évolution un peu spéciale facilitera la discrimination.

Une fois le cancer reconnu, il sera nécessaire de rechercher l'étendue des lésions. Le toucher vaginal nous indiquera l'état du col, des parois vaginales, des paramètres. Il sera utile de pratiquer l'examen vésical, ainsi que le toucher rectal.

CHAPITRE VI

PROPHYLAXIE

La gravité des lésions et les difficultés du traitement ont amené les chirurgiens à proposer des moyens susceptibles de diminuer la fréquence des cas de dégénérescence du moignon.

En 1899, Ricard préconisait la thermocautérisation, comme temps complémentaire de l'hystérectomie subtotale. Cette manœuvre avait pour but de lutter contre l'infection du champ opératoire par le canal cervical et de détruire une muqueuse souvent malade.

En 1910, dans une communication à la Société de chirurgie de Paris, M. le Professeur Bégouin a fait le procès d'une pareille technique. Le peu de virulence des germes de la cavité cervicale ne peut les rendre dangereux, et même, la cavité fût-elle septique, il est facile d'éviter l'infection « à l'aide d'une simple compresse en bouchon maintenue fixée à l'une des valves de la section du col par une pince de Museux ».

D'autre part, la thermocautérisation faite un peu à l'aveugle ne détruit pas toujours complètement la muqueuse, mais facilite la production d'escarres qui, en s'éliminant, amènent de la suppuration au contact du surjet du col et du péritoine. Toutefois, nous devons avouer l'avoir vu pratiquer dans le service de notre Maître M. le Professeur Guyot, et n'avoir enregistré par la suite aucune complication.

A la même séance, Hartmann déclarait ne jamais avoir pratiqué la thermocautérisation, préférant évider systématiquement le col, ce qui avait pour effet de supprimer la muqueuse.

Ce procédé, préconisé par De Rouville en 1912, a été adopté par Desmaret, par Kelly. Douay, se basant sur le fait que le cancer du moignon apparaît au point de jonction des muqueuses vaginales et endo-cervicales, conseille d'évider le col, « non pas sur quelques millimètres, mais sur toute sa hauteur et de descendre jusqu'à l'orifice externe pour enlever cette zone d'union éminemment cancérisable ».

Pour Monod, toutes ces manœuvres n'auraient qu'une valeur problématique : « Il se pourrait, dit-il, que les petits fragments de muqueuse inévitablement abandonnés par ces exérèses, soient en définitive plus exposés à se cancériser que le tissu normal et mieux irrigué d'un col intact. »

D'autre part, Lecène a reproché au procédé de l'évidement de n'intéresser que la muqueuse endo-cervicale, alors que le cancer naît aux dépens de la muqueuse externe du museau de tanche. Ducoing et S. Laborde se sont rangés à cette opinion.

Citons encore la technique proposée par Chaput, et qui consiste dans l'ablation du revêtement muqueux du col, suivie de son enfouissement dans le vagin à l'aide d'un fil en U placé sur les parois antérieure et postérieure du conduit vaginal.

En réalité, beaucoup de ces procédés aboutissent à la totalisation de l'hystérectomie subtotale, sans mettre sûrement les malades à l'abri d'une dégénérescence cancéreuse du moignon. Aussi, certains chirurgiens préfèrent-ils pratiquer l'hystérectomie totale systématiquement. En tirent-ils avantage? L'opération est plus difficile, plus longue, plus hémorragique que la subtotale. Elle menace davantage les uretères. Elle est moins aseptique. Elle est aussi plus grave. J.-L. Faure estime à 2 p. 100 la différence de mortalité entre les deux interventions. Or, si l'on situe entre 1 et 2 p. 100 la fréquence de la dégénérescence cancéreuse du moignon, le résultat sera la perte de quelques malades de plus, car il ne faut point oublier qu'une fois le cancer déclaré il est encore possible d'en guérir quelques-uns.

Dans quel sens devons-nous conclure? Nous pensons que la crainte du cancer développé sur le moignon ne devra pas trop fortement peser sur la conduite du chirurgien. L'âge de la malade, son état général, et surtout l'état du col, conditionneront le choix de l'intervention. Chez une femme jeune, il sera peut-être préférable de pratiquer l'hystérectomie sub-totale, en raison du rôle que joue le moignon dans la statique vaginale. Il en sera également ainsi chez les femmes âgées, obèses, cardiaques ou rénales.

Au contraire, chaque fois qu'il s'agira d'un utérus fibromateux ou métritique, surtout aux environs de la ménopause, il sera bon d'avoir recours à l'hystérectomie totale.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Le traitement du cancer développé sur le moignon d'hystérectomie subtotale réside :

- 1° dans l'intervention chirurgicale;
- 2° dans l'intervention associée à la radiothérapie;
- 3° dans la curiethérapie associée ou non à la radiothérapie.

L'extension des lésions, leur nature, histologique, l'état général de la malade, conditionneront le choix de la thérapeutique à employer.

Le principe posé par J.-L. Faure pour le traitement du cancer du col ordinaire a longtemps guidé les chirurgiens : « Tout cas opérable, sans contre-indication médicale, relève de la chirurgie; il faut pratiquer l'hystérectomie totale élargie, opération de Wertheim. »

Le traitement chirurgical pourra être appliqué : chaque fois qu'un examen minutieux n'aura révélé que des lésions peu étendues, bien limitées au col, sans extension aux paramètres; chaque fois que l'examen cystoscopique aura renseigné le chirurgien sur l'intégrité probable des parois vésicales. De plus, il est indispensable que la malade ait conservé un état général suffisamment bon pour pouvoir supporter le choc opératoire.

Disons tout de suite que, dans la majorité des cas, l'intervention ne sera plus possible, les malades n'entrant à l'hôpital qu'à la période d'état de leurs lésions.

Un premier moyen dont nous disposons pour lutter contre cette dégénérescence cancéreuse du moignon c'est l'ablation localisée des lésions, réalisée par le curettage. Ce moyen, toujours insuffisant comme traitement curatif du néoplasme du col, pourra toutefois être utile en ce qu'il peut faciliter la mise en place des tubes de radium et constituer ainsi le premier temps de la curiethérapie. De plus, comme le signale Sourd, il apporte dans les formes hémorragiques un soulagement passager aux malades profondément anémiées.

Nous en arrivons à l'ablation large du moignon, réalisée par voie vaginale ou abdominale.

La voie vaginale est aujourd'hui délaissée en raison des difficultés opératoires qu'elle présente. Celles-ci sont la conséquence d'une destruction du moignon, qui, souvent, empêche toute prise sur lui, des adhérences qui le fixent au fond du vagin et gênent son abaissement à la vulve, de l'extension des lésions qui entraîne souvent le chirurgien à pratiquer une exérèse plus large qu'il ne l'avait prévu. Les auteurs ont suffisamment insisté sur le caractère hémorragique de l'intervention et sur les difficultés de l'hémostase pour qu'il soit utile d'y revenir.

La voie abdominale, recommandée par J.-L. Faure, dans le cancer du col, est également ici la voie de choix. Elle permet de se faire une idée plus exacte de l'étendue des lésions, de pratiquer une exérèse plus large, et donne plus de jour à l'opérateur. Néanmoins, l'absence de corps utérin, utile pour le repérage et la traction du col, les adhérences intestinales dans le petit bas, ainsi que les délabrements apportés par l'hystérectomie subtotale rendent l'opération particulièrement pénible.

Les lésions vésicales, rectales et intestinales, qu'il est fréquent de noter dans les observations de cancer du moignon traité chirurgicalement, ajoutent encore à la gravité de l'intervention.

D'autre part, cette ablation large du moignon, qui doit présenter le temps principal du Wertheim, est le plus sou-

vent incomplète; la dissection des uretères, noyés dans le tissu cicatriciel, ainsi que l'ablation des paramères avec le col étant insuffisante, il subsiste dans le bassin des tissus infiltrés par les lésions néoplasiques qui vont poursuivre leur évolution.

Ducoing a insisté sur les difficultés du traitement chirurgical; dans un article du *Sud médical et chirurgical*, il déclare : « La colpocervicectomie secondaire large représente à mon sens une opération difficile, incomplète, et grave. Tous ceux qui ont pratiqué des Wertheim et qui ont eu la mauvaise chance, alors qu'ils tiraient sur le corps utérin, de voir cet organe se détacher du col savent les difficultés inouïes que l'on peut éprouver à terminer un bon Wertheim dans ces conditions. Tous ceux qui ont essayé, par voie vaginale ou abdominale, de s'attaquer à un cancer du col développé après histérectomie subtotale doivent comprendre que je n'exagère rien en disant que cette opération est toujours incomplète, toujours difficile et toujours grave. »

Quels sont les résultats obtenus par l'intervention? Sur 10 observations rapportées par Tesauro, 8 malades ont été traitées chirurgicalement : 4 sont restées en bon état; 4 autres ont disparu par suite d'accidents opératoires ou de récidence. Cette statistique, qui est de loin la meilleure, avouerait donc 50 p. 100 de mortalité.

Toutefois, il semble que le pronostic des cas indiscutablement opérables puisse être amélioré par une action radio-chirurgicale en plusieurs temps. Le traitement comporte tout d'abord une stérilisation de la tumeur par la radiothérapie profonde, puis l'extirpation, suivie de nouvelles séances de radiothérapie. Dans les cas où la malade, fatiguée, risque de ne pouvoir supporter le choc opératoire, il sera bon de ne point pratiquer le premier temps.

Nous en arrivons au traitement du cancer du moignon par la curiethérapie.

Il est curieux de noter que, jusqu'ici, le radium n'ait été réservé qu'aux malades jugées inopérables, et cela malgré

des résultats assez satisfaisants. Certes, la radiumthérapie est ici pratiquée dans des conditions moins favorables que lorsqu'il s'agit d'un col ordinaire. Les tentatives pour pénétrer dans le canal cervical conduisent parfois à la formation de fausses routes. De plus, l'absence de corps utérin, qui, sur un utérus normal, arrête les radiations, entraîne ici des réactions péritonéales et vésicales et oblige à limiter l'intensité des foyers.

La dose à employer variera avec chaque cas particulier; enregistrons cependant les résultats excellents obtenus par Ferrari avec des doses variant de 45 à 70 millicuries.

Le traitement local devra être conduit très prudemment. Monod insiste sur le danger que peut présenter l'introduction d'un foyer dans le canal endo-cervical, foyer pouvant entraîner une fonte rapide des masses néoplasiques avant qu'un tissu fibreux de défense n'ait eu le temps de se former. Il en résulte l'apparition de fistules, qui, ouvertes dans le péritoine, peuvent amener des accidents péritonéaux graves.

Pour les mêmes raisons, il faudra être très prudent dans l'application des foyers vaginaux, une action trop rapide pouvant entraîner la formation de fistules vésico-vaginales.

Monod a conseillé, pour tourner toutes ces difficultés, de pratiquer la radiothérapie à distance. De gros foyers placés à 40 centimètres de la peau permettraient en outre d'irradier la totalité du bassin.

Doit-on faire état de l'argument formulé contre la curiethérapie, qu'on accuse de faciliter les métastases, lorsque celle-ci est appliquée au traitement du cancer du col restant? Nous ne le pensons pas. Le cas que nous rapportons dans notre observation XI semble unique.

Les résultats obtenus par Oppert ont été communiqués à la Société de chirurgie de Paris en 1926, par Monod. Sur 17 cas traités, on ne compte pas de survie dépassant dix-huit mois. La statistique établie à l'Institut du radium, un peu meilleure, a donné, sur 17 cas traités : 8 morts, 3 résultats inconnus, 1 récursive, 6 guérisons de deux à cinq ans.

Au Centre anticancéreux de Bordeaux, nous avons toujours vu associer la curie et la roentgenthérapie dans le traitement de la dégénérescence cancéreuse du moignon : le radium agissant sur la lésion cervicale et les cellules cancéreuses se trouvant dans son voisinage, la radiothérapie profonde intensive irradiant efficacement les paramètres et les territoires ganglionnaires du bassin.

Les cas que nous avons vu traiter sont trop récents pour faire état des résultats obtenus. Disons seulement qu'au cours du traitement nous avons noté une régression rapide des lésions.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer du col restant après hystérectomie subtotale est plus fréquent que ne l'admettent généralement les chirurgiens. Cette dégénérescence apparaît dans 1,5 p. 100 des cas.

II. — Cette cancérisation secondaire survient surtout après hystérectomie pour fibrome.

III. — La cervicité chronique joue un rôle prépondérant dans l'étiologie du cancer du moignon.

IV. — Dans la majorité des cas, il s'agit d'épithélioma pavimenteux, prenant naissance sur la lèvre postérieure du museau de tanche, au point de jonction des muqueuses vaginale et endo-cervicale.

V. — La symptomatologie du cancer du col restant est la même que celle du cancer du col ordinaire.

VI. — L'évidement du col, comme temps complémentaire de l'hystérectomie subtotale, sera utile chaque fois que l'examen aura révélé un col suspect et que l'hystérectomie totale ne sera pas possible.

VII. — En présence d'une dégénérescence cancéreuse du moignon, nous ferons appel à la curiethérapie, associée ou non à la radiothérapie profonde.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 27 novembre 1934.

Pour le Recteur de l'Académie :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- AYMERIC. — De l'évolution du moignon cervical après hystérectomie. Thèse de Toulouse, 1910.
- BARSOTTI. — *Ann. di obst. e gin.*, 1909.
- BÉGOUIN. — *Mém. Soc. de chirurgie de Paris*, 22 février 1910.
- BENDER et LARDENNOIS. — De la dégénérescence épithéliomateuse des fibromes. *Bull. Soc. d'anat.*, oct. 1904.
- BERTRAND. — Thèse de Lyon, 1901.
- BRAUN. — *Am. journ. obst. and gyn.*, 1923.
- BURCKARD. — Moignon utérin après hystérectomie supra-vaginale. *Zeit. für Geb. und Gyn.*, t. 58. (Analyse in *Semaine médicale*, 1906, p. 543).
- CADENAT. — *Bull. Soc. chirurg. de Paris*, 1926.
- CHAPUT. — La subtotale hâte l'apparition du cancer. *Soc. de chir. de Paris*, 1910.
- CONDAMIN. — Transformation néoplasique du moignon utérin. *Bull. Soc. de chir. de Lyon*, 27 déc. 1900.
- DE ROUVILLE. — Evidement systématique du col. *Montpellier médical*, 1919, p. 287.
- *Soc. gyn. et obst. Paris*, 23 avril 1928.
- DESMARETS et LECÈNE. — *Journal de chirurgie*, avril-mai 1927.
- DOUAY. — *Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928, t. II.
- DUCUING. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale pour fibrome. Statistique. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn.*, 653-658, juill. 1928. *Sud médical chirurgical*, 1926.
- DUVERGEY. — Moignon cervical douloureux après hystérectomie subtotale, *Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux*, 24 janv. 1922.
- FAURE. — *Soc. chir. de Paris*, 1904-1905, 1926.
- FERRARI. — Le cancer du moignon cervical. *Algérie médicale*, n° 22, oct. 1929.

- FERRY. — Epithélioma du col restant. *Strasbourg médical*, 25 juin 1930, p. 411.
- FOURNIER. — *Bull. Soc. d'oct. et de gyn., de Paris*, 1923, p. 411-412.
- FRANCK. — *Ann. Journal of surgery*, 1920 (Résumé in *Obst. et Gyn.*, 1922, p. 174).
- GAGEY. — *Bull. de la Soc. obst. et gyn., Paris*, 1928, p. 3.
- GIGNOUX. — *Lyon chirurgical*, 1925.
- GIGNOUX et POLLOSSON. — *Lyon chirurgical*, 1925.
- GUYOT, PRINCETEAU et VILLAR. — Sur un cas d'épithélioma du col survenu après hystérectomie subtotale. *Soc. gyn. et obst. de Bordeaux*, 20 janv. 1925.
- HARGRAVE. — Cancer of the cervix following supra-vaginal hysterectomy. *Virginia M. Sern. month.*, Richmond, 1908, p. 203.
- HARTMANN. — *Soc. de chir. de Paris*, 16 févr. 1910.
- JEANNENEY. — Congrès de l'Association française de chirurgie, 1924.
— Le cancer du col restant. *Rev. franç. gyn. et obst.*, mai 1929, p. 273-282.
- JEANNENEY et CHAVANNAZ (G.). — *Bull. Soc. de chir. de Paris*, 1926.
- KAUFMANN. — *Annales de Virchow*, 1898.
- LABORDE et A. ROQUES. — *Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1928.
- LAURENTIE. — Evidement du col. Temps complémentaire de l'hystérectomie subtotale. *Rev. franç. gyn. et obst.*, 10 juill. 1924.
— Sur la nécessité de l'évidement du col utérin. *Rev. franç. gyn. et obst.*, nov. 1921.
- LEJARS. — *Soc. de chir. de Paris*, 1910, p. 732.
- LEONARD. — On the developpment of malignant disease of the cervical stump after supra vaginal hysterectomy. *Ann. Surgery Philadelphie*, 1913, p. 373-383.
- LESOBRE. — Thèse de Paris, 1907.
- LEVISSIERE. — Le cancer, maladie des cicatrices.
- MAGNAGNI. — Carcinomi tardivamente overluppati sub moncone cervicali residuo ad isterectomie subtotali. *Revista italiana gineco*, 1925, p. 659.
- MARCHAND. — Thèse de Lyon, 1927.
- MÉRIEL. — De l'évolution du moignon cervical. *Soc. obst. et gyn.*, 2 mars 1910.

- MONOD. — Epithélioma du col restant après hystérectomie subtotale.
Bull. et mém. soc. chirurg. de Paris, 1926, p. 814-821.
- Soc. chirurg., Paris, 1929.
- Soc. chirurg., Paris, 1930.
- La cancérisation du col après hystérectomie subtotale.
Bruxelles médical, 3 août 1930, p. 1087.
- PEAN. — Congrès de chirurgie de Paris, 1897.
- PEYRE. — Thèse de Toulouse, 1927.
- PICQUANT. — Thèse de Paris, 1904-1905.
- PINSAN. — La cancérisation du col après hystérectomie subtotale.
Strasbourg médical, 25 juill. 1930, p. 460.
- La question de la cancérisation du moignon cervical après hystérectomie subtotale. *Strasbourg médical*, 25 oct. 1930, p. 633.
- RAZEMAN et GISSAN. — Un cas d'épithélioma du col après hystérectomie subtotale pour fibrome. *Echo du Nord*, n° 34, 20 août 1927, p. 448.
- RADIER. — Evidement systématique du col. Thèse Montpellier, 1913.
- RADOULOWITCH. — Résultats éloignés de l'évidement conique du col utérin dans l'endocervicite. *Presse médicale*, Paris, 1924, p. 684.
- REDER. — Lésions of the cervical stump of a supra-vaginnally ablated uterus. *Am. Journ. obst. and gyn.*, Saint-Louis, 1926.
- RICHELOT. — Soc. de chir. de Paris, 1903, oct.-nov.
- Soc. de chir. de Paris, 1904, p. 343 et p. 600.
- Soc. de chir. de Paris, 1905, p. 532.
- Soc. de chir. de Paris, 1910, p. 182.
- RICHARDSON. — *Boston medical and surgery journ.*, 14 janv. 1904.
- RIOTTE. — Soc. obst. et gyn. de Paris, 1923.
- ROCHE. — Deux observations de cancer développés sur un col utérin restant après hystérectomie subtotale. Soc. gyn. et obst. de Bordeaux, 3 févr. 1925.
- SANDERS. — *Minaug. Dissertat.*, Gattingen, 1924.
- SOLRUCH. — Contribution à l'étude des carcinomes du moignon cervical après amputation supra-vaginale pour utérus myomatoux. *Zentralblatt. für Gynäk.*, 1906.

- SOREL. — Dégénérescence du col après hystérectomie subtotale.
Bull. Soc. chir. de Lyon, 4 mai 1906.
- STEIN. — *Am. Journal of surgery*, oct. 1928, p. 340-344.
- SUTTON. — *Journ. obst. and gyn. British emp.*, 1904, p. 434-437.
- TÉMOIN. — Le cancer du col après hystérectomie subtotale. Soc. de
chir. de Paris, 1910, p. 731-735.
- TESAURO. — Cancer du col après hystérectomie subtotale. 10 cas.
Gyn. et obst., sept. 1928, p. 228-249.
- TUFFIER. — Sur le cancer du col consécutif à l'hystérectomie. Soc.
de chir. de Paris, 1910, p. 731-735.
- VÁNDERZYPEN. — Evidement du col dans l'hystérectomie subtotale.
Rev. franç. de gyn. et d'obst., nov. 1929, p. 700-709.
- VANVERTZ. — *Ann. Soc. belge de chirurgie, Bruxelles*, 1907, p. 233.
- VIOLET. — Congrès de chirurgie de Paris, 1929.
- WERTHEIMER. — *Lyon chirurgical*, 1925.

